

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Tarja Kyrkkö
Marja Purtilo

PERHEHOITOTYÖN HYÖDYT JA ALOITTAMISEN HAASTEET

TIIVISTELMÄ

Kyrkkö Tarja, Purtilo Marja

Perhehoitotyön hyödyt ja aloittamisen haasteet, 43 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö 2010

Ohjaajat: lehtori Vuokko Koiranen, sairaanhoitaja Saara Joronen

Perhehoitotyö on yksilön ja perheen sekä terveyden että sairauden välisten yhteyksien huomioonottamista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa. Perhehoitotyön tärkeimmät tavoitteet ovat perheen tukeminen ja tiedon lisääminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millä eri tavoin työskennellään potilaan perheen kanssa, hoitajien kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä ja perhehoitotyön aloittamisen haasteista uuden potilaan kanssa, sekä tarvittavan tuen tarpeesta omalta työyhteisöltään. Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan hyödyntää perhehoitotyön toimintamallin edelleen kehittämisessä psykiatrisella osastolla.

Lähestymistapa tässä tutkimuksessa oli kvalitatiivinen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselyä avoimin kysymyksin. Tutkimusaineisto kerättiin psykiatrisen osaston perhehoitotyötä tekeviltä hoitajilta. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tulosten mukaan perhehoitotyö koettiin erittäin tärkeäksi. Suurimpana hyötynä oli tiedon antaminen ja saaminen. Haasteina koettiin perheiden erilaisuuden ja yksilöllisyyden huomioiminen sekä käytännön tuomat ongelmat. Koulutus ja käytännön harjoittelu kokeneemman hoitajan kanssa koettiin tärkeimmiksi työyhteisön antamaksi tueksi. Osastolla vallitseva perhehoitomyönteisyys antoi myös merkityksellistä tukea.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää perhehoitotyön hyödyt, haasteet ja odotukset perheen näkökulmasta.

Asiasanat: perhehoitotyö, psykoedukaatio, psykiatrinen potilas

ABSTRACT

Kyrkkö Tarja, Purtilo Marja

Family Nursing Care Benefits and Challenges of its Implementation,

43 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Final Year Project, 2010

Instructors: Senior Lecturer Vuokko Koiranen, Nurse Saara Joronen

Family nursing means taking into account the connections between an individual and family and between health and illness when planning and assessing nursing care. The main goals of family nursing are to support the family, to increase knowledge, and to secure the continuity of nursing care.

The aim of the study was to find out the different ways that work is carried out with the patient's family, and nurses' experiences of the benefits of family nursing, the initial challenges of family nursing with a new patient and the need for support from their own work community. The goal of the study was to be able to utilize the obtained information in the further development of an operational model of family nursing on a psychiatric ward.

The approach in this study was qualitative. A questionnaire with open-ended questions was used to gather data. The material for the study was collected from nurses involved in family nursing on a psychiatric ward. The material obtained was processed using inductive analysis of the contents.

According to the results, family nursing was considered to be very important. The greatest benefit was the giving and receiving of information. Taking into account the differences between families and individuality and problems that came up in practice were seen as challenges. Education and practical training with a more experienced nurse were regarded as the most important support given by the work community. The positive attitude towards family nursing prevailing on the ward also provided significant support.

A subject for a further study would be to find out the benefits and challenges of, and the expectations for, family nursing from the family's point of view.

Keywords: Family Nursing, Psychoeducation, Psychiatric Patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PERHEHOITOTYÖHÖN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ	6
2.1 Terveys.....	6
2.2 Perhe.....	7
2.3 Psykiatrinen potilas	8
2.4 Perhehoitotyö	8
2.4.1 Psykiatrisen hoidon ja perhehoitotyön historia	9
2.4.2 Perhehoitotyön tavoitteet ja odotukset	12
2.4.3 Psykiatrisen perhehoitotyön menetelmät	13
2.4.4 Perhehoitotyöhön tarvittava ammatillisuus.....	14
2.4.5 Perhehoitotyön haasteet ja kehittämisalueet	17
2.5 Psykoedukaatio	18
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	19
4.2 Kohderyhmän valinta.....	20
4.3 Aineiston hankinta	21
4.4 Aineiston analysointi.....	22
4.5 Tutkimuksen eettisyys	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1 Työskentely potilaan perheen kanssa	26
5.2 Perhehoitotyö voimavarojen edistäjänä.....	27
5.2.1 Hoitajan saama tieto potilaan voimavarojen edistäjänä	27
5.2.2 Tieto ja tuki perheen voimavarojen edistäjänä	28
5.3 Perhehoitotyön haasteet.....	29
5.3.1 Potilassidonnaiset haasteet	30
5.3.2 Perhesidonnaiset haasteet	30
5.3.3 Hoitajasidonnaiset haasteet.....	31
5.3.4 Tilannesidonnaiset haasteet	32
5.4 Perhehoitotyön toteutuksen tukeminen	32
5.4.1 Käytännön harjoittelu	33
5.4.2 Koulutus.....	33
5.4.3 Perhehoitotyön käsitteen korostaminen ja vakiinnuttaminen	34
6 POHDINTA	34
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	34
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	36
6.3 Ajatuksia opinnäytetyöprosessin vaiheista	38
6.4 Jatkotutkimusaiheita	39
KUVIOT	40
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake

Liite 2 Saate

Liite 3 Esimerkki aineiston abstrahoinnista

1 JOHDANTO

Perhehoitotyö on perheen tai muiden läheisten kanssa tehtävää yhteistyötä, joka sisältää sekä tiedonsaantia että tiedon antamista. Perhehoitotyön toimintoja ovat myös perheen psyykkisen hyvinvoinnin turvaamista edesauttavat toiminnot. Perhehoitotyön menetelmiä ovat potilaiden perheiden ja henkilökunnan suunnitellut ja satunnaiset yhteistapaamiset sekä perheterapia. (Pitkänen, Åstedt-Kurki, Laijärvi & Pukuri 2002, 223 - 232.) Perhehoitotyöllä tarkoitetaan perheenjäsenen kohtaamista ja hoitamista asiakaskontaktin tai potilaan hoidon yhteydessä. Perhehoitotyöllä ei tarkoiteta ainoastaan koko perheen hoitamista vaan laajemmin asiakkaan tai potilaan läheisten mukanaoloa ja huomioonottamista hoidossa. Perhehoitotyössä ymmärretään potilas tai asiakas osaksi lähiyhteisöä. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 5 - 8.)

Perhe on potilaan kannalta erittäin suuri voimavara, jota hoitajan tulisi osata hyödyntää. Hyötynä voidaan pitää taloudellista hyötyä, joka saavutetaan, kun perheenjäsen auttaa sairastunutta tai toipuvaa sairaalassa tai avohoidossa. Hoitotyön laadusta voidaan paremmin varmistua, kun perhe on hoidossa mukana. Tämä puolestaan tuo laajempaa hyötyä potilaan ja perheen tyytyväisyytenä. Perheeltä saatu tuki lisää potilaan hyvää oloa ja kohentaa hänen terveydentilaansa, ja hän voi jopa välttyä sairaalassaololta. Näillä kaikilla seikoilla on siis taloudellisten vaikutusten ja hoitotyytyväisyyden lisäksi potilaan ja perheen terveyttä lisäävä vaikutus. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1999, 14.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millä eri tavoin työskennellään potilaan perheen kanssa, hoitajien kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä ja perhehoitotyön aloittamisen haasteista uuden potilaan kanssa sekä hoitajien tarvitsemaa tukea omalta työyhteisöltään. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Tutkimuksen tavoitteena on saada lisätietoa perhehoitotyön toimintamallin edelleen kehittämiseen psykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyön tutkimuksessa mukana olevan sairaalan psykiatristen osastojen perhehoitotyön

käytäntöä on haluttu yhtenäistää, ja osastojen välistä kehittämistyötä on tehty jo aiemmin. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli saada osastoille yhteinen perhehoitotyön/psykoedukaation toimintamalli, jossa painotetaan perheiden kuulemista ja hoidon sisällöstä sopimista yhdessä perheen kanssa. Tällä hetkellä kehittämistyötä jatketaan osastokohtaisesti kunkin osaston tarpeiden mukaisesti. Opinnäytetyön tutkimustulokset hyödyntävät tutkimuksessa mukana olevan psykiatrisen osaston perhehoitotyön toimintamallin edelleen kehittämistä.

Psykiatrisen perheohjauksen merkitys on ajankohtainen ja tärkeä, koska esimerkiksi mielenterveydelliset häiriöt ja sairaudet ovat suurimpia ennen aikaiselle eläkkeelle joutumisen syitä Suomessa (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen 2007, 213). Hoitohenkilökunnan on huomioitava muut perheenjäsenet, erityisesti lapset, kun yksi perheenjäsen sairastuu mielenterveyden häiriöön. Hoitajien tehtävänä on auttaa käsittelemään näitä vaikeita asioita perheen tasolla ja kartoittaa eri perheenjäsenten tarpeita. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 21.) Hoitohenkilökunnan on kehitettävä empatiaa, itsetuntemustaan ja rohkeutta kohdata psyykkisissä vaikeuksissa oleva ihminen (Eskola & Hytönen 1997, 217).

2 PERHEHOITOTYÖHÖN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

2.1 Terveys

Terveys voidaan määritellä sairauden puuttumisena. Psykologiassa terveyden määrittelyn perustana on toimintakyky ja koettu terveys. Sosiologisesti yksilön kyvyt selviytyä ja sosiaalinen osallistuminen ovat keskeisiä hyvän terveyden mittareita. Sosiaalilääketieteessä terveyttä pidetään fyysisenä, psyykkisenä sekä sosiaalisena tasapainotilana. Hoitotyössä terveyttä pidetään voimavarana tai ominaisuutena, jonka avulla ihminen voi tietoisesti ohjata elämäänsä. Voimavarasta voidaan käyttää myös nimitystä resurssi, selviytymistaito, vahvuus, kyky tai toimintamahdollisuus. Voimavara voi olla mikä tahansa asia, jonka ihminen itse katsoo olevan tilanteeseensa avuksi. Terveyden

edistämisessä sairaanhoitaja osaa tukea ja aktivoida yksilöä, perhettä ja yhteisöä voimavaran ja toimintakyvyn edistämisessä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 31 - 37.)

Terveys nähdään moniulotteisena kokonaisuutena. Yksilön terveys voidaan määritellä konkreettisesti tekemisen ja toimimisen tasolla liittyen liikuntaan, ravintoon ja terveellisiin elämäntapoihin. Yksilön terveys voidaan määritellä olemisen tasolla, tarpeiden tyydyttämisenä ja tasapainona. Myös terveysongelmien hallintakyky voidaan katsoa terveydeksi. (Åstedt–Kurki ym. 2008,15.)

Perheen ja yksilön terveys ovat yhteydessä toisiinsa. Perheen arvot, toimintatavat, kokemukset ja tieto jakautuvat perheenjäsenille. Perheen terveys ilmenee esimerkiksi luottamuksellisina suhteina, avoimena ilmapiirinä, perheen ongelmaratkaisukykyinä, yhdessä kasvamisena ja hyvän elämän varmistamisena toisille perheenjäsenille. Yhden perheenjäsenen vointi vaikuttaa koko perheen terveyteen. Toisaalta taas perheen toimivuus on merkityksellistä yksittäisen perheenjäsenen kokemukseen voinnistaan. (Åstedt–Kurki ym. 2008,15 – 16.)

2.2 Perhe

Perheen määrittelemisen riippuu muun muassa kunkin ihmisen arvoista ja elämäntilanteista. Perheenjäsen ymmärretään yleensä hyvin laajasti. Potilaan tai asiakkaan läheisistä ihmisistä käytetään nimitystä perheenjäsen tai läheinen. Lapsipotilaan kohdalla se on useimmiten lapsen vanhempi tai sisarus, usein myös äiti-, isä- tai sisarpuoli. Aikuisen kohdalla perheenjäsen voi olla muu kuin biologinen tai juridinen henkilö, vaikkapa henkilön itsensä nimeämä läheinen ystävä tai naapuri. Yksilön ja perheen terveys ovat yhteydessä toisiinsa. Perheen merkitys korostuu silloin, kun joku perheenjäsen sairastuu. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 11 - 13.) Todellinen perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen työote sisältää aina ajatuksen, että potilas itse määrittelee perheensä (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 195).

2.3 Psykiatrinen potilas

Toimintakykyä heikentävä ja vakava pitkäaikainen psyykkinen sairaus voi horjuttaa tulevaisuuden suunnitelmia. Sairastuminen voi viedä ihmiseltä hänen identiteettinsä ja muuttaa suhdetta omaan kehoonsa. Keho ei olekaan sellainen suunnitelmien toteuttaja, mitä ihminen on kuvitellut. Pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaan identiteetti muotoutuu sairauden ja sairaalan ympärille, jolloin sairaalan osastosta voi tulla hänelle koti. Psyykkisesti sairastunut ihminen ei välttämättä näe ongelmia itsessään eikä tarvetta hoitoon, vaan kokee ongelmien olevan muualla kuin hänessä itsessään. Potilaan ajatusten muuttaminen voi olla hankalaa tai jopa mahdotonta ja se on huomioitava hoidon tai kuntoutuksen alkuvaiheessa. (Rissanen 2007, 46 - 47.)

2.4 Perhehoitotyö

Perhehoitotyö on perhetyötä lähellä oleva käsite, jolla tarkoitetaan yksilön ja perheen, sekä terveyden että sairauden välisten yhteyksien huomioonottamista hoitosuunnitelmassa ja hoitoa arvioitaessa (Järvinen, Lankinen, Taajamo, Veistilä & Virolainen 2007, 16).

Hoitamisella tarkoitetaan ja pyritään ihmisen hyvän edistymiseen. Hyvällä tarkoitetaan muun muassa hyvää vointia, terveyttä ja arkielämässä selviytymistä. Hyvässä hoitamisessa huomioidaan ihminen lähiyhteisönsä jäsenenä. Hoidossa olevan potilaan tai vastaanotolla olevan asiakkaan läheiset huomioidaan myös osana hoitamista. (Åstedt – Kurki ym. 2008, 5.)

Perhehoitotyötä pidetään tärkeänä osana potilaan tai asiakkaan hyvää hoitoa. Suunnitelmallinen yhteistyö perheiden kanssa, sekä jokapäiväinen perheiden huomioiminen ovat tärkeitä kokonaishoidon kannalta. (Kivimäki 2008, 56.) Åstedt-Kurki ym. (2008, 8) toteavat perhehoitotyön olevan moninaista, moniulotteista, psyykkisesti rikastuttavaa, mutta samalla myös vaativaa hoitotyötä.

Potilaan perheen hoitamisesta ei ole erillistä lainsäädäntöä, mutta laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjeistaa hoitavan henkilön toimintaa perheen kanssa (Åstedt–Kurki ym. 2008, 124).

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Finlex 785/1992.)

Perinteisesti hoitotyön toiminnoissa on painotettu yksilöä ja hänen asemaansa. Yksilöä ei voida kuitenkaan irrottaa siitä todellisuudesta, josta hän tulee ja jossa elää. Hoitava henkilö on eettisesti velvollinen huomioimaan perheen, kun sen jäsen on hoidettavana eri terveydenhuollon yksiköissä. Eettisten ohjeiden mukaan hoitavan henkilön tulee toimia yhteistyössä potilaan perheen tai muun läheisen kanssa sekä kannustaa perheen osallistumista potilaan hoitoon. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 124.) Perhekeskeistä hoitotyötä on aiemmin painotettu lasten hoitotyössä sekä erityisesti mielenterveys- ja psykiatrisessa hoitotyössä. Nykyisin perhekeskeinen hoitotyö on laajentumassa kaikille sosiaali- ja terveysaloille. (Vilen, ym. 2008, 193.) Perheen hoitoon liittyvää kotimaista ja kansainvälistä hoitotieteellistä tietoa on melko runsaasti saatavilla, mutta aikuispotilaiden läheisistä tiedetään lapsiperheitä vähemmän. Tutkimusten jatkaminen on tarpeellista yleistettävissä olevan tutkimustiedon lisäämiseksi. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 7.)

2.4.1 Psykiatrisen hoidon ja perhehoitotyön historia

Suomessa 1800-luvun lopulla perustetut valtionjohtoiset keskusmielisairaalat olivat osa yhteiskunnan uudelleenjärjestäytymistä. Keski-Euroopasta haettiin mallia psykiatristen laitosten rakentamiselle ja yhteiskunnan nykyaikaistamiselle. Uusissa laitoksissa hoito perustui moderniin psykiatriaan,

ja vanhat mallit miellettiin takapajuisiksi ja jopa julmiksi. Kyläyhteisön sijaan mielisairaanhoidon ajateltiin valtion velvollisuudeksi. Laitoshoidon kasvoi 1900-luvun alussa, vakiintuen 1920-luvulla. Mielisairaalaista muodostui vähitellen yksi tärkeimmistä yhteiskunnallisista laitoksista, jonka tehtävä muotoutui myöhemmin uudelleen mielisairauden käsitteen muuttuessa. (Kallio 2007, 6-11.)

Psykiatrinen hoito Suomessa painottui 1950-luvulla siten, että akuuttihoitoa vaativat potilaat hoidettiin A-mielisairaaloissa ja pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat potilaat hoidettiin B-mielisairaaloissa. Sen sijaan 1960-luvulla nähtiin, ettei pitkälle eriytynyt työnjako somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä toiminut parhaalla mahdollisella tavalla. Siksi psykiatrinen hoitotyö siirrettiin yliopistollisiin keskussairaaleihin. Vuonna 1978 uudistetun mielisairaslain myötä psykiatrista hoitojärjestelmää muutettiin avohoitokeskeisemmäksi. Laki mahdollisti sairaaloiden ja mielenterveystoimistojen toiminnan kehittämisen. Hoidon lisäksi painotettiin mielenterveyshäiriöitä ja niiden ehkäisyä, hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta. (Välimäki ym. 2000, 70 - 73.)

Psykiatrisen hoitotyön klassikkona voidaan pitää Hildegard Peplaun (synt.1909) teoriaa. Hänen teoriassaan hoitotyö kuvataan terapeuttiseksi toiminnaksi, jossa erityisen tärkeänä pidetään ihmisten välisiä suhteita. Peplaun mukaan kommunikaatio ja hyvät ihmissuhteet lievittävät ahdistusta. (Välimäki ym. 2000, 143.) Peplaun käsitteellisen viitekehyksen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan taitoa käyttää käsitteitä, jotka koskevat ihmistenvälisiä suhteita.

Tämän psykologisen mallin käyttö auttaa hoitajaa siirtymään tautikeskeisyydestä suuntaukseen, jossa voitiin tutkia tapahtumien, tunteiden ja käyttäytymistapojen psykologista merkitystä ja ottaa se huomioon hoitotyön toiminnoissa. Se antoi sairaanhoitajille tilaisuuden opettaa potilaita kokemaan tunteensa ja tutkia asiakkaiden kanssa näiden tunteiden kestämistä. (Brophy, Carey, Noll, Rasmussen, Sears & Stark 1994, 316.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa perhekeskeisyys on aiemmin toteutunut parhaiten äitiys- ja lastenneuvolatyössä sekä lasten sairaalahoidossa ja synnyttäjien yksiköissä. Kotisynnytysten aikana perheenjäsenet ja erityisesti isät

auttoivat ja osallistuivat synnytystapahtumaan. Synnytysten siirtyessä sairaaloihin perhe jäi synnytystapahtuman ulkopuolelle. Isät otettiin uudelleen mukaan synnytykseen 1960 - 1970 -luvun vaihteessa. Vierihoidon kehittyminen synnytyssairaaloissa 1980-luvulla on vahvistanut perhekeskeisyyden kehittymistä synnytysten jälkeen. Nykyisin synnytysvalmennuksesta käytetään nimitystä perhevalmennus, ja sillä korostetaan paitsi valmentamista synnytykseen, myös koko perheen valmentamista uuteen elämäntilanteeseen. (Paunonen ym. 1999, 16 - 19.)

Hoitotyön alkuajoista lähtien on korostettu perheen ja kodin merkitystä, mutta näkökulma oli pitkään varsin yksilökeskeinen. Vasta 1960-luvulla alettiin puhua perheestä potilaan taustatekijänä ja asiakkaana. (Pitkänen ym. 2002, 224.)

Suomessa aloitettiin perheterapiakoulutus 1979, ja sen jälkeen perhekeskeinen lähestymistapa vahvistui psykiatrisessa hoitotyössä. Vuonna 1990 tuli voimaan mielenterveyslaki (1116/90), jossa painotettiin avopalvelujen merkitystä. Laissa korostettiin asiakkaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäisen suoriutumisen tukemista. (Välimäki ym. 2000, 70 - 73.)

Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (Finlex 1116/90).

Psykiatrisessa hoidossa on tapahtunut suuri rakennemuutos, jonka johdosta laitospaikkojen määrä on voimakkaasti vähentynyt, ja hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet. Potilaiden omaisten taakka on kasvanut perheen ottaessa enemmän vastuuta potilaan hoidosta. (Pitkänen ym. 2002, 224.) Erikoissairaanhoidon psykiatrian avohoitokäynnit ovat Suomessa selvästi kohonneet 2000-luvulla, ja vastaavasti psykiatrian laitoshoidossa hoidettujen potilaiden määrä on vähentynyt (THL 2005-2009).

Yliopistojen hoitotieteen laitokset erikoistuivat 1980-luvun lopulta alkaen, ja eri yliopistoissa aloitettiin myös perhekeskeisen hoitotyön, myöhemmin perhehoitotyön sekä mielenterveystyön asiantuntijakoulutus. Tällöin valmistuivat

ensimmäiset perhehoitotyön tutkimukset yliopistokoulutuksen opinnäytteinä. (Paunonen ym. 1999, 108 – 109.)

2.4.2 Perhehoitotyön tavoitteet ja odotukset

Perhehoitotyön tavoitteena on perheen ja perheenjäsenten hyvinvoinnin lisääminen, terveyden edistäminen ja tukeminen. Hoitotyössä huomioidaan perheen toimivuus, sisäinen sopeutuvuus, perheenjäsenten väliset suhteet ja perheen sosiaalinen verkosto. Tavoitteena on vahvistaa perheen omia voimavaroja ja kykyä sopeutua erilaisiin muutoksiin. (Järvinen ym. 2007, 16.)

Kivimäen (2008, 56) tutkimuksen mukaan akuuttipsykiatrisen osaston hoitajien mielestä perhehoitotyön tärkeimmät tavoitteet ovat perheen tukeminen ja tiedon lisääminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Moniammatillisuus korostuu psykiatrisen osaston hoitotyössä. Hoidon sisältö valitaan tapauskohtaisesti, huomioiden potilaiden yksilöllisyys.

Psyykkisesti sairastuneiden läheiset toivovat iästä ja elämäntilanteesta riippumatta tiivistä ja jatkuvaa kanssakäymistä hoitajien kanssa. Läheisten tukemiseen liittyvät tarpeet muuttuvat eri elämänvaiheissa. Läheiset tarvitsevat enemmän tietoa kaikesta perheenjäsenen hoitoon ja elämään liittyvistä asioista. Tieto auttaa sairastuneen perheenjäsenen tukemisessa. Läheisten omalla aktiivisuudella on merkitystä tiedon saantiin. (Lindberg 2007, 66.)

Potilaat ja perheenjäsenet pitävät hoitajien antamaa aikaa tärkeimpänä asiana. Keskusteleminen hoitajan kanssa auttaa pahanolon lievittämisessä. Keskustelussa tulee näkyä tilanneherkkyys, jossa huomioidaan potilaan tarpeet. Potilaan ja perheen on tärkeää saada tietoa sairaudesta, koska se lisää ymmärrystä ja hyväksymistä sairautta kohtaan. Potilaan reagoititavan tiedostaminen ja selviytymiskeinojen löytyminen estävät uudelleen sairastumisen stressin ja psyykkisen kuormittuneisuuden lisääntyessä. Uudet ongelmanratkaisutaidot voivat antaa myös keinoja hakeutua hoitoon ajoissa sairauden uusiutuessa. (Horppu 2008, 51 - 53.)

Perhetapaamiset koetaan tärkeäksi, varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Parisuhteessa elävillä puolison mukanaoloa yhteistapaamisissa pidetään tärkeänä, mutta joillekin läheisille riittää puhelimen välityksellä tehty yhteistyö. Läheiset toivovat asiatietoa sairaudesta, henkistä tukea, keskusteluapua yksilöllisen tarpeen mukaan ja toivoa selviytymisestä, varsinkin sairauden alkuvaiheessa. Usein läheiset kokevat saamansa tuen liian vähäiseksi. (Lemola 2008, 25, 46.) Kivimäen (2008, 35 – 36) tutkimuksen mukaan perheellä on aina jonkinlainen vaikutus potilaaseen ja hänen vointiinsa. Tutkimuksesta ilmeni, että perhe voi olla myös potilaan toipumista estävä tekijä hoidon toteuttamisessa. Perhe voi esimerkiksi vaatia potilaan kotiuttamista kesken hoitojakson tai mitätöidä potilaan lääkehoidon tarpeellisuuden. Hoitajan tulisi osata ohjata perhettä selvittämään mahdollisia sisäisiä ristiriitoja.

2.4.3 Psykiatrisen perhehoitotyön menetelmät

Perheenhoitotyön menetelmien lähtökohtana on vuorovaikutus. Menetelmät ovat ihmissuhteiden, niistä syntyvän yhteistyön ja ammatillisten toimintatapojen yhteistyötä, jonka tavoitteena on tukea perheen omia voimavaroja. Perheen sisäistä tukea voidaan vahvistaa ystävällisyydellä ja läheisyydellä, aktiivisella huolenpidolla, käytännöllisellä auttamisella, perheen omien ratkaisujen kunnioittamisella, asioiden perusteellisella selvittämisellä, neuvottelukumppanuudella ja asiallisella tukemisella, sekä odottamiselta välttämisellä. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 75 - 77.)

Valmistautumisessa perheen tapaamiseen on tärkeää tiedostaa ja tunnistaa ensitapaamisen ja sen onnistumisen merkitys tulevalle vuorovaikutussuhteelle. Jos perheen kokemus tapaamisesta on myönteinen, se mahdollistaa luottamuksellisen suhteen syntymisen. Hoitajat voivat valmistautua perheen vastaanottamiseen tekemällä taustatyötä, mikäli tilanteesta on ennakkotietoja käytettävissä. Taustatiedoilla tarkoitetaan esimerkiksi perehtymistä potilaan sairauskertomuksiin, kirjallisuuteen tai miettimällä etukäteen miten käytännön järjestelyt hoidetaan. Perheen kutsuminen yhteiseen perhetapaamiseen hoitajien kanssa osoittaa perheelle heidän mukanaolonsa tärkeydestä potilaan

hoidossa. Kutsu tapaamiseen on hyvä esittää henkilökohtaisesti kasvotusten tai puhelimitse. Kirjeitse kutsuttaessa kannattaa yksilöllisesti miettiä kutsukirjeen sisältö. Perheen kutsuminen mukaan hoitoon tulee aina perustua yhteisymmärrykseen, avoimeen perusteluun ja perheen voimavaroja tukevalla tavalla. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 83, 92 - 93.)

Perheen hoitamisen päämääränä on terveyden edistyminen. Perheen omien voimavarojen arvioiminen, tukeminen, löytäminen ja vahvistaminen muuttuvissa elämäntilanteissa edistävät perheen selviytymistä ja terveyttä. Perhehoitotyön menetelmät riippuvat siitä, onko perhe potilaana olevan taustatekijänä, onko perheenjäsenten yhteistyösuhde millainen, vai onko koko perheen hyvinvointi samanaikaisesti hoitotyön kohteena. Tilanteen mukaan hoitotyön menetelmät sisältävät myös tietoa, opastusta ja neuvoja. Kaikissa menetelmissä on tärkeää kunnioittava kohtelu ja perheenjäsenten osallistuminen sen hetkisten voimavarojen ja tarpeiden mukaan. Onnistuneeseen yhteistyösuhteeseen vaikuttavat perhe ja hoitotyöntekijä sekä vuorovaikutuksen sisältö ja sävy. Hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi tarvitaan perheen tasa-arvoista kohtaamista ja yhteistyösuhteen jatkuvuutta. Tavoitteenasettelu, sopimusten tekeminen, perheen eheyden tukeminen, perheen kehittymisen edistyminen, harjoittelu, ohjaus ja opettaminen sekä ympäristön huomiointi ovat perheen hoitamisen menetelmistä käytettyjä käsitteitä. (Åstedt–Kurki ym. 2008, 73 - 74.)

2.4.4 Perhehoitotyöhön tarvittava ammatillisuus

Vuorovaikutus on perhetyöntekijälle yksi työväline. Ammatillinen vuorovaikutus on tärkeä taito, johon tarvitaan tietoa ja oppimista. Ammatillinen vuorovaikutus voi olla vaikuttamista, jakamista, tiedon hankkimista ja asioiden eteenpäin viemistä. Se on sanallista ja sanatonta viestintää eleillä ja ilmeillä. Toisinaan se on myös viestintää toiminnan kautta, tiedottamista, neuvomista, ohjaamista ja opettamista. Ammatillaisen tehtävänä on valita toimintatapansa asiakkaan tilanteen mukaan. Tavoitteena on lisätä asiakkaan aktiivista toimintaa elämässään, ja hoitaja tukee näitä taitoja. Kaikessa toiminnassa pyritään

kuitenkin vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, jossa on tilaa myös hiljaisuudelle, tunteille ja ajatuksille. (Järvinen ym. 2007, 189 -190.)

Ammattivaatimusten muuttuminen ja erilaiset työelämän muutokset vaativat työntekijältä aktiivisuutta, oppimista ja kehittymistä työssään. Ammatillisuuden kasvu ja kehittyminen ovat jatkuva prosessi. Käytännössä tämä tarkoittaa rutiineiksi muodostuvien työtapahumien jatkuvaa arvioimista ja kehittämistä. Ammatillinen uusiutuminen edellyttää käytettyjen toimintatapojen kyseenalaistamista. Ammatillista kasvua edistävät oman toiminnan ja oman oppimisen jatkuva itsearviointi eli reflektointi. Voidakseen ymmärtää toisia ihmisiä ja elämää laajemmin, on ensin ymmärrettävä itseään, omia tunteitaan ja niiden yhteyttä elettyyn ja koettuun. (Järvinen ym. 2007, 184 – 185.)

Psykiatrisilla hoitajilla on hyvä olla tiettyjä luonteenpiirteitä, kuten rauhallista suhtautumista ilmiöihin, potilaisiin ja heidän toimintaansa. Hoitajilta vaaditaan oman käyttäytymisen ymmärtämistä, miten, mihin ja miksi hän reagoi tietyllä tavalla. Tämä edellyttää hyvää itsetuntemusta. Hoitajaa auttaa monipuolinen työkokemus ja sen hyödyntämisen taidot. Myös hoitajan oma elämäkokemus hyödyntää hoitotyössä. Muina ammatissa auttavina tekijöinä ovat omaan ammattitaitoon luottaminen, keskittyminen omaan työskentelyyn sekä kyky perustella ja arvioida eri näkökantoja. Työstä irrottautumisen taito on tärkeä työssä jaksamisen kannalta. (Porras 2008, 34 – 37.)

Ammatillisesti hoitajan persoonallisuus voidaan määritellä ominaisuudeksi, jota hän tietoisesti kehittää saavuttaakseen työnsä tavoitteita. Kenelläkään ei ole ammattiuransa alussa valmista persoonallisuutta. Kokemukset ja halu kehittyä muokkaavat ammatillisuutta jatkuvasti, ja ihminen kasvaa tehtäviensä vaatimusten mukaisesti. Usein ammateissa hyväksi todetut vuorovaikutustaidot saattavat syntyä epäonnistumisien kautta. Uudet ongelmalliset tilanteet vaativat erilaisten työtapojen kokeilemista ja miettimistä, miten tilanteen olisi voinut ohjata muulla tavoin. Vuorovaikutusammateissa jokainen tilanne on aina erilainen, ja virhemahdollisuudet niissä kasvavat. Tämän vuoksi työskentely voi olla vaikeaa ja psyykkisesti hyvin raskasta. (Järvinen ym. 2007, 191.)

Perheiden tapaaminen voi olla haasteellista, jopa pelottavaa, mutta huolellisella suunnittelulla ja harjoittelulla voidaan vaikuttaa tapaamisten onnistumiseen. Epävarmuuden ja varautuneisuuden voittamiseksi voidaan järjestää esitapaaminen, jossa perheelle kerrotaan tapaamisten tavoitteista. Merkitystä voi olla myös tapaamispaikan valinnalla. Perhetapaamisessa on tärkeää huomioida sanallinen sekä sanaton viestintä. Lähtökohtana perhetapaamisessa on kunnioitus perhettä kohtaan. Tapaaminen voi olla haastavaa, mutta tulokset rikastuttavat ymmärtämään perheiden toimintaa. (Donalek 2009, 37- 43.) Lindbergin (2007, 66) tutkimuksen mukaan hoitajien toiminta vaikuttaa läheisten tunteisiin, ja tunteiden huomioinnin on yksi tärkeimpiä keinoja jaksamisen tukemisessa.

Läheisten merkitys on suuri ja koko ajan läsnä oleva asia. Potilaan tarpeiden lisäksi tulisi huomioida läheisten voimavarat. Hoitajilta vaaditaan kohtaamisen taitoja, sitoutumista ja halukkuutta pitkäjänteiseen työskentelyyn. (Kilcku 2008, 141 - 142.) Hoitajien kunnioittavaa ja tasavertaista kohtelua pidetään erityisen tärkeänä. Ohjauksen ja neuvojen lisäksi hoitajalta odotetaan malttia ja hyvää tuulta. Vuorovaikutustilanteessa on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. (Lemola 2008, 24.)

Opiskeluvaiheessa psykiatrisen sairaanhoidon opiskelijoilla on ennakkokäsityksiä ja pelkoja kohdata psyykkisesti sairas, koska eivät tiedä mitä odottaa. Tiedon saannin ja kokemuksen myötä heidän käsityksensä muuttuvat. Opiskelijoiden on vaikea luoda terapeutista suhdetta asiakkaisiin ja hänen perheenjäseniinsä, koska he pelkäävät asiakkaan tai perheen reaktioita kuulemiensa tarinoiden pohjalta. Kun opiskelijat tunnustavat oman pelkonsa, heidän on mahdollista keskittyä asiakkaan persoonaan ja tarpeeseen. Osalle opiskelijoista on vaikeaa työskennellä itsensä ikäisten asiakkaiden kanssa, koska asiakkaan elämänlaatua saatetaan verrata omaan elämänlaatuun. Ennakkoluulot ja odotukset on unohdettava uuden asiakkaan kanssa, sillä kukaan asiakas ei ole samanlainen kuin toinen. On tärkeä tuntea oma asiakas ja hänen persoonansa ja ongelmansa. Päiväkirjan pitäminen auttaa opiskelijaa tuntemaan sekä itsensä että asiakkaitaan paremmin. Samalla kun luodaan

suhdetta asiakkaaseen, asenteet muuttuvat ja kyky empaattisuuteen kehittyy. Empaattisuus on tärkeää niin sairaanhoitajille kuin sairaanhoidon opiskelijoille. (Webster 2009, 34 - 42.)

2.4.5 Perhehoitotyön haasteet ja kehittämisalueet

Lindbergin (2007,66) tutkimuksen mukaan hoitajat kohtaavat läheisiä satunnaisesti, antavat heille liian vähän tietoa ja läheisten merkitys jää vähäiselle huomiolle. Hoitajat korostavat läheisten aktiivisuutta tiedon saannissa ja kokevat oman osaamisensa läheisten tukemisessa riittämättömäksi. Koulutuksessa ei huomioida riittävästi perhehoitotyön tärkeyttä, eikä tiedosteta omia mahdollisuuksia läheisten tukemisessa.

Hoitajan työ on tiedon, opetustaidon ja oppimisen yhdistämistä. Tiedollinen ja pedagoginen osaaminen on tärkeää, mutta ne eivät vähennä vuorovaikutuksellisen kohtaamisen tärkeyttä. Hoitajan kehitysalueita ovat ammatillisen perustaitojen osaamisen, kuuntelemisen, läsnäolon ja vuorovaikutuksen kehittäminen. Ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi tarvitaan erityisesti ensipsykoosipotilaiden ja läheisten hoitoon keskittyvää täydennyskoulutusta. Perhekeskeisen hoitotyön osaaminen tulisi koulutuksessa olla keskeisellä sijalla. (Kilkku 2008, 141- 143.)

Perhekeskeisyyden toteuttamiselle voi olla erilaisia esteitä. Hoitohenkilökunta ei välttämättä pidä perhettä yhteistyön tekijänä vaan hoidon arvostelijana. Perhe voidaan kokea häiriöksi, jos työskennellään kovan työpaineen alaisena. Huonot työskentelytilat voivat myös vaikeuttaa perhetyötä. Yhteistyön esteenä voi olla omaisten kielteisyys sairaalaa tai hoitohenkilökuntaa kohtaan tai omaisten haluttomuus osallistua hoitoon. Hyvän yhteistyön esteeksi voi muodostua myös se, että omaisille ei aina voida antaa kaikkia tietoja potilaasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1999,19.)

Psykiatristen hoitajien kehittämisalueita ovat tietojen ja taitojen pitäminen ajan tasalla ja jatkuva omien taitojen kehittäminen. Kehittymistä voi tapahtua

täydennyskoulutuksilla, yhteistyökumppaneilta saaduilla tiedoilla ja taidoilla, mallioppimisella tai myös omista virheistä oppimisella. (Porras 2008, 36.)

2.5 Psykoedukaatio

Psykoedukatiivinen perhetyö on koulutuksellista hoitotyötä. Tällä tarkoitetaan neuvontaa ja koulutusta, jonka avulla sairastunutta ja hänen perhettään opetetaan elämään sairauden kanssa. Tavoitteena on auttaa hallitsemaan sairautta, sen oireita ja oireiden tuottamia ongelmia sekä tunnistamaan sairauden pahenemista ennustavat merkit. (Rissanen 2007, 65.)

Aiemmin psykiatriseen hoitoon ei ole kuulunut potilaiden opettaminen sairautensa ymmärtämisessä. Avohoidon lisääntyttä ja hoitovastuun siirrettyä enemmän potilaalle ja hänen läheisilleen, on alettu kiinnittämään huomiota potilaan ja perheen opettamiseen. On ymmärretty, että eläminen sairauden kanssa edellyttää tietoa siitä, mistä on kysymys ja miten tilanteeseen voidaan vaikuttaa. Psykoedukatiivisessa hoidossa ja kuntoutuksessa työskennellään tiiviisti perheen ja omaisten kanssa, tuetaan heidän jaksamistaan sekä pyritään toivon ylläpitämiseen. Psykoedukatiivisessa opetuksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten keskusteluja, ryhmätöitä, luentoja, kotitehtäviä, audiovisuaalisia menetelmiä ja kirjallista materiaalia. (Rissanen 2007, 66.)

Perhetyön ensimmäisiä malleja on alettu toteuttamaan 1950-luvulla perheissä, joissa esiintyi skitsofreniaa. Myöhemmin malleja laajennettiin muihinkin psykiatrisista ongelmista kärsiviin perheisiin. Hoitomuotoina käytetään lääkehoidon lisäksi perhetyötä, jossa perheenjäsenet nähdään liittolaisina potilaan auttamisessa. Omaisia ei syyllistetä, vaan empaattisella asenteella työskennellään yhdessä perheenjäsenten kanssa heidän ongelmiansa ratkaisemiseksi. Koulutusohjelmassa käydään läpi sairauden tiedossa olevat syyt, oireet, hoito ja ennuste. Psykoedukaatio sopeutetaan potilaan oireiden ja olosuhteiden mukaan. (Kuipers, Leff & Lam 1998, 3, 7, 26.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millä eri tavoin työskennellään potilaan perheen kanssa, hoitajien kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä ja perhehoitotyön aloittamisen haasteista uuden potilaan kanssa sekä tarvittavan tuen tarpeesta omalta työyhteisöltään. Saatua tietoa voidaan hyödyntää perhehoitotyön toimintamallin edelleen kehittämisessä psykiatrisella osastolla.

Tutkimustehtävien tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta:

1. Millä eri tavoin työskennellään potilaan perheen kanssa?
2. Mitä hyötyä perhehoitotyöllä on psykiatrisen potilaan hoidossa?
3. Millaisia haasteita hoitajat kokevat uuden potilaan perhehoitotyötä aloittaessaan?
4. Millaista tukea hoitajat toivoisivat saavansa omalta työyhteisöltään?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämän opinnäytetyön tutkimusote oli lähestymistavaltaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus.

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu valitusta tutkimustehtävästä tai tutkimuksen ongelmasta. Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 128, 157.) Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella tilastollisia yleistyksiä, vaan tapahtumia tai ilmiöitä pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään tai löytämään mielekäs tulkinta tutkittavalle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87).

Laadullisissa tutkimuksissa yleisimmin käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Niitä voidaan käyttää rinnakkain tai eritavoin yhdisteltynä, tutkittavan ongelman

ja tutkimusresurssien mukaan. Edellä lueteltuja aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää muissakin tutkimusmenetelmissä. Kyselyn ja haastattelun ideaa pidetään hyvin yksinkertaisena. Saadaksemme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla, on järkevää kysyä sitä häneltä itseltään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71 - 72.)

Opinnäytetyössä on laadullinen tutkimusote, koska tarkoituksena oli kuvata todellisia kokemuksia ja merkityksiä perhehoitotyöstä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat itse kertovat, miltä heistä tuntuu, tai miten he itse asian kokevat. Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kyselyn avoimin kysymyksin. Avoimissa kysymyksissä vastaajilla oli mahdollisuus kertoa omista näkemyksistään, kokemuksistaan ja toiveistaan omin sanoin. Tutkimusmenetelmän valinnasta oli keskusteltu myös tutkimuksessa mukana olevan psykiatrisen osaston osastonhoitajan kanssa.

4.2 Kohderyhmän valinta

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on tutkimuskohteen ymmärtäminen, siksi valitaan yksi luonnollisesti olemassa oleva ryhmä. Tutkimusaineiston laajuus määräytyy sen mukaan, miten monta jäsentä tällaiseen ryhmään kuuluu. (Hirsjärvi ym. 2007, 176 - 177.)

Tämän tutkimuksen kohderyhmän valinta perustui tarkoitushakuiseen otantaan. Tarkoitushakuinen otanta tarkoittaa sitä, että tutkija tietoisesti valitsee tietynlaisia tapahtumia, osallistujia tai osioita tutkimuksensa aineistoksi. Tällöin tutkija valitsee tiedonantajiksi eli informanteiksi sellaisia osallistujia, jotka tietävät asiasta paljon tai joilla on siitä paljon kokemusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85.)

Tämän tutkimuksen tiedonantajina oli erään suomalaisen sairaalan yhden psykiatrisen aikuisosaston kaikki perhehoitotyötä tekevät hoitajat. Vastaajien sukupuolella, ammattinimikkeellä tai työkokemuksen pituudella ei ollut tutkimuksen kannalta merkitystä. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin ainoastaan

muutaman viikon mittaisia, lyhytaikaisia sijaisuuksia tekevät hoitajat. Otannan määrä oli 16. Laadullisessa tutkimuksessa otoksen keskeisinä asioina ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset, silloin tiedonantajien lukumäärällä ei ole niin suurta merkitystä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 83).

Tutkimuksessa mukana olevilla hoitajilla on todellista tietoa perhehoitotyöstä, siksi oli luonnollista valita tiedonantajiksi osaston kaikki perhehoitotyötä tekevät hoitajat.

4.3 Aineiston hankinta

Yleisimmin laadullisen tutkimuksen aineiston hankintamenetelminä käytetään haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tiedonkeruuta (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 71). Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista oman mielipiteensä. Tutkija saa tietoa vastaajan tiedoista, motivaatiosta sekä keskeisestä ajattelusta kysytyyn aiheeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 190, 196.)

Valitsimme opinnäytetyön aineiston hankintamenetelmäksi avoimia kysymyksiä sisältävän kyselyn. Avoimissa kysymyksissä jokainen vastaaja voi kertoa omin sanoin omista kokemuksistaan tai havainnoistaan. Nimettömyyden turvin voi kertoa arkaluonteisistakin asioista ja asennoitumisestaan perhehoitotyöhön. Kyselytutkimus on nopea ja edullinen tiedonhankintatapa, koska se ei vie tutkijan aikaa keräysvaiheessa.

Avoimien kysymysten pohdinnassa pyrittiin mahdollisimman tarkasti huomioimaan kysymykset niin, että ne antaisivat vastauksia tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin. Avointen kysymysten laatimisessa käytettiin termin perhehoitotyön tilalla nimitystä perhetapaaminen. Avoimet kysymykset ovat opinnäytetyön liitteenä (Liite 1). Avoimet kysymykset esiteltiin kahden muun psykiatrisen osaston viidellä eri vastaajalla. Esitetauksen tarkoituksena oli selvittää, olivatko kysymykset ymmärrettäviä ja antavatko ne tutkimustehtävien

mukaisia vastauksia. Avoimia kysymyksiä ei muutettu esitestauksen jälkeen, eikä esitestauksen aineistoa käytetty varsinaiseen tutkimukseen.

Liitimme avoimiin kysymyksiin saatteen, josta kävi ilmi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Saatteessa oli maininta tutkimusluvan hakemisesta ja saamisesta. (Liite 2). Saatteesta tuli ilmi, että vastaaminen oli vapaaehtoista. Tarvittavan lisätiedon saamiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi saatteessa oli opinnäytetyön tekijöiden nimet ja yhteystiedot. Saate, avoimet kysymykset ja vastauskuoret toimitettiin osastonhoitajalle, joka etukäteen sovittusti jakoi ne kyseisen osaston perhehoitotyötä toteuttavalle henkilökunnalle. Vastaukset palautettiin osastolla sijaitsevaan laatikkoon, joka haettiin sovittuna ajankohtana. Vastausaikaa oli varattu noin kolme viikkoa. Lyhyt vastausaika voi olla este vastaamiselle, ja siksi halusimme antaa riittävän pitkän vastausajan. Vastauksia palautui kahdeksan, joka oli 50 prosenttia otannan määrästä. Aineiston esikäsittelyssä aineisto luettiin läpi, tarkastettiin, ja pohdittiin, oliko aihetta uusintakyselyyn tai täydentävään haastatteluun. Aineisto katsottiin riittäväksi, eikä uusintakyselyä tai haastattelua tehty.

4.4 Aineiston analysointi

Sisällön analyysissa voidaan edetä kahdella tavalla, induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jota hyväksikäyttäen aineistoa luokitetaan. Tällöin puhutaan deduktiivisesta sisällön analyysistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Sisältöanalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista tietoa. Menetelmän avulla tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisältöanalyysillä tiivistetään saatu tieto siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleisesti kuvailla. Näin tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisältöanalyysissa on tärkeää erotella tutkimusaineiston samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien ryhmien tulee olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 23.) Sisällön analyysissa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja

tulkinta sekä luotettavuuden arviointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 134).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti. Analyysi aloitetaan aineiston ilmaisujen pelkistämällä. Aineistosta etsitään ne tutkimuksen kannalta olennaiset asiat, jotka pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Pelkistetyt samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään yhteiseksi alakategoriaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Samansisältöisiä alakategorioita yhdistetään muodostamalla yläkategorioita. Yläkategoriat nimetään sisällön mukaisesti. Lopuksi yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 95 – 101.)

Opinnäytetyöhön saatu aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmin. Aineiston analysointi aloitettiin aineiston litteroinnilla. Litteroinnilla tarkoitetaan aineiston auki kirjoittamista sanatarkasti (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109). Aineisto luettiin läpi moneen kertaan ja sen sisältöön perehdyttiin. Aineistosta etsittiin sanoja tai lauseen osia, joilla oli merkitystä tutkimustehtävien kannalta. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusointiin. Tuomen & Sarajärven mukaan (2009, 109) pelkistämällä tarkoitetaan aineiston karsimista siten, että tutkimuksen kannalta epäoleellinen jätetään pois. Pelkistäminen voi olla joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia ilmaisuja. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 110.) Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä etenimme niin, että etsimme samaa tarkoittavia ilmiöitä, jaoimme ne merkityksen mukaisesti alaluokkiin eli alakategorioihin ja annoimme niille ilmiöitä kuvaavat nimet.

Aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi, eli käsitteellistäminen, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan, kuin se aineiston sisällön muuttumatta on mahdollista. Tutkimustehtävään saadaan vastaus, kun aineistolähtöisen sisällönanalyysin käsitteitä yhdistellään. Tutkija pyrkii ymmärtämään johtopäätöksissä, mitä asiat tutkittavalle merkitsevät, eli ymmärtämään tutkittavien oman näkökulman analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 111 - 113.)

Abstrahointia jatkettiin siten, että alakategorioita yhdistettiin niiden sisällön mukaisesti, sisältöä muuttamatta yläkategorioiksi ja niille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi yläkategorioille etsittiin yhdistävä käsite, joka nimettiin. Esimerkki aineiston abstrahoinnista on opinnäytetyön liitteenä (Liite 3).

Opinnäytetyön tutkimuksesta saadun aineiston niukkuudesta huolimatta teimme aineistosta kvantifioinnin. Kvantifioinnissa lasketaan aineistosta, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy vastauksissa tai kuinka moni ilmaisee saman asian (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 120 - 121). Tutkimustulosten kannalta kvantifiointi ei tuonut aineistosta lisätietoa eikä eri näkökulmaa.

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tähän tutkimukseen saatiin tutkimuslupa tutkimuksessa mukana olevan sairaalan organisaation vastaavalta. Tämän lisäksi allekirjoitettiin yhteistyösopimus tutkimuksessa mukana olevan osaston ja Saimaan ammattikorkeakoulun kanssa. Tutkimuslupaa ja yhteistyösopimusta ei liitetty valmiiseen opinnäytetyöhön nimettömyyden suojaamiseksi. Nimettömyydestä oli sovittu osastonhoitajan kanssa. Tutkimusaihe ja tutkimusongelman määrittely ei saa olla loukkaava eikä sisältää väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 288).

Saatteesta (Liite 2) tulee ilmi, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Lisäksi saatteessa on maininta opinnäytetyön tarkoituksesta ja

tavoitteesta, tutkimusluvan hakemisesta ja saamisesta sekä opinnäytetyön tekijöiden nimet ja yhteystiedot. Nimettömyyden suojaamiseksi poistimme luvan myöntäneen organisaation vastuuhenkilön tiedot opinnäytetyöhön liitetystä saatteesta. Leino-Kilven & Välimäen (2004, 290-292) mukaan hoitotyöntekijällä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, mutta tutkimuksiin osallistuminen on yksi ammatin kehittämisen muoto ja velvoittaa yksittäistä hoitotyöntekijää. Tutkittavia pitää informoida mahdollisimman monipuolisesti ja antaa mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkittavan henkilötietoja ei paljasteta missään vaiheessa.

Avoimet kysymykset pyrittiin laatimaan niin, etteivät ne loukkaa tai vahingoita ketään. Avoimiin kysymyksiin vastattiin nimettöminä. Vastaukset palautettiin suljetuissa kirjekuorissa osastolle vietyyn laatikkoon. Vastaukset haettiin sovittuna aikana osastolta. Kenenkään yksittäisen vastaajan mielipiteitä ei voi tunnistaa tutkimuksesta. Saadut tiedot käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti sekä hävitettiin asianmukaisesti. Leino-Kilven & Välimäen (2004, 292) mukaan tutkimusaineiston analyysi ja raportointi suoritetaan rehellisesti käyttäen koko kerättyä aineistoa, eikä ole hyväksyttävää jättää analysoimatta yhtään vastattua kysymystä. Tutkijan tulee myös arvioida oman tutkimuksensa luotettavuutta.

Pyrimme tekemään tutkimuksestamme mahdollisimman luotettavan kaikkia eettisyyden periaatteita noudattaen. Noudatimme vaitiolovelvollisuutta kaikissa opinnäytetyön vaiheissa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tulokset perustuvat avoimien kysymysten avulla saatuihin psykiatrisen osaston hoitajien kokemuksellisiin tietoihin. Avoimilla kysymyksillä saatuja vastauksia havainnollistetaan suorien lainauksien avulla, jotka ovat kursivoituna tekstinä opinnäytetyössä. Osa tuloksista kuvataan opinnäytetyössä myös kuvioina.

5.1 Työskentely potilaan perheen kanssa

Vastauksista ilmeni, että potilaan perheen kanssa tehtävä yhteistyö tapahtui puhelimitse, osastovierailujen yhteydessä tai erikseen sovituissa tapaamisissa joko kotikäynneillä tai osastolla. Joskus potilas voi myös kieltää yhteydenpidon perheeseen.

Puhelimitse sovittiin tapaamisista tai tapaamisten yksityiskohdista. Puhelinkeskustelussa voitiin sopia hoitoon liittyvistä asioista, kerätä taustatietoja potilaasta tai tarvittaessa ohjata hoitoon hakeutumisessa. Puhelimitse kyseltiin myös lomajaksojen kuulumisia.

Puhelin yhteydenottojen kautta hoidon alussa taustatietojen kerääminen sekä ilmoittaminen hoitoon ohjautumisesta

Osastovierailujen aikana perheitä tavattiin vapaamuotoisen keskustelun merkeissä, vaikka tapaamisesta ei ollut sovittu etukäteen. Kuitenkin ensikertaa osastolle tai vastaanotolle tullessa potilaan taustatiedot selvitettiin.

...käyn jututtamassa heitä kun vierailevat osastolla.

Sovitut perhetapaamiset käytiin suunnitellusti, joko **osastolla tai kotikäynneillä**. Suunnitelluissa tapaamisissa keskusteltiin hoitoon liittyvistä asioista, sairaudesta, lääkkeistä, hoidon sisällöstä ja jatkosuunnitelmista. Tapaamisten yhteydessä selvitettiin potilaan vointia ja voimavaroja. Suunnitellut perhetapaamiset voivat olla myös hoitoneuvotteluja tai verkostotapaamisia. Perheen kanssa yhdessä rakennettiin myös avohoitoon tarvittava tukiverkosto.

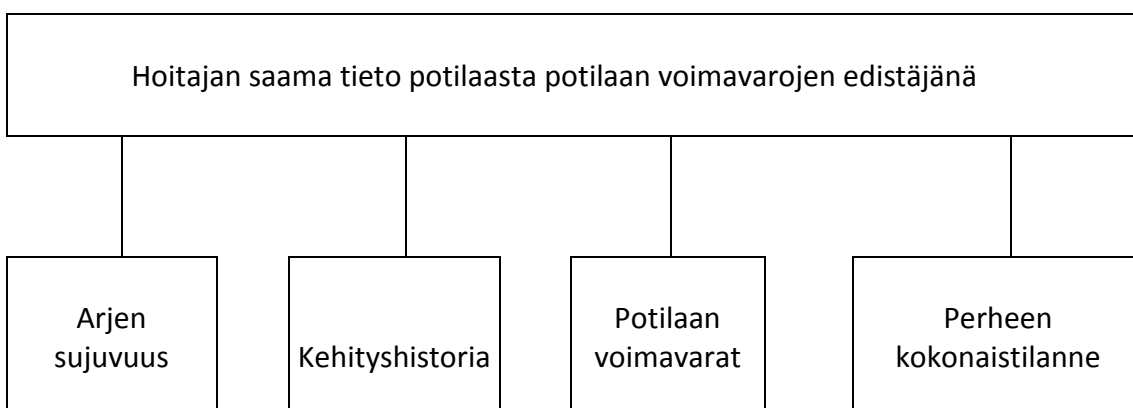
Aika monen potilaan kohdalla järjestetään myös perhetapaamisia, joihin perhe kutsutaan suunnitellusti keskustelemaan hoitoon liittyvistä asioista. Sovitut prosessinomaiset tapaamiset, joko psykoedukatiiviset tai perheterapeuttiset

5.2 Perhehoitotyö voimavarojen edistäjänä

Potilaasta saadut monipuoliset tiedot auttoivat hoitajaa ymmärtämään ja tuntemaan potilasta ja potilaan yksilöllisyys voitiin huomioida hoidon suunnittelussa. Yksilöllinen hoitotyö vahvisti potilaan omia voimavaroja. Hoitajan antama tieto ja tuki perheelle olivat koko perheen voimavaroja kasvattavia tekijöitä.

5.2.1 Hoitajan saama tieto potilaan voimavarojen edistäjänä

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat saivat perheeltä tietoa potilaan arjen sujuvuudesta, kehityshistoriasta, potilaan voimavaroista sekä tietoa perheen kokonaistilanteesta. Tulos havainnollistetaan kuviossa 5.1.



Kuvio 5.1 Hoitajan saama tieto potilaan voimavarojen edistäjänä

Arjen sujuvuudella tarkoitettiin tietoa potilaan tilanteesta ja voinnista ennen sairaalaan joutumista tai potilaan selviytymisestä kotona.

Erittäin tärkeä tietolähde potilaan todellisesta tilanteesta ja pärjäämisestä ennen sairaalaan joutumista.

Perheestä saa paljon sellaista tietoa potilaan arjesta..., jota muuten ei ehkä tulisi hoitohenkilöstön tietoon.

Kehityshistoria sisälsi tietoja potilaan taustoista ja tavoista lapsuudesta asti.

Perhe voi kertoa lapsuudesta saakka, millainen potilas on ollut ja hänen tapoja...

Potilaan voimavarat käsittivät lähinnä potilaan psyykkisen voinnin sekä perheen ja potilaan väliset suhteet.

*Miten perhe suhtautuu potilaaseen ja toisinpäin.
Siinä näkee suhteet toisiin.*

Perheen kokonaistilanteesta saadut tiedot antoivat laajemman kuvan tilanteesta. Perheeltä saatiin potilaan hoitoon liittyvää tärkeää tietoa sekä tietoa hoitoon tulon johtaneista syistä.

Potilas ei aina kerro kaikkea omasta tilanteestaan, niin perheeltä voi tulla jotain tärkeää hoitoon liittyvää tietoa.

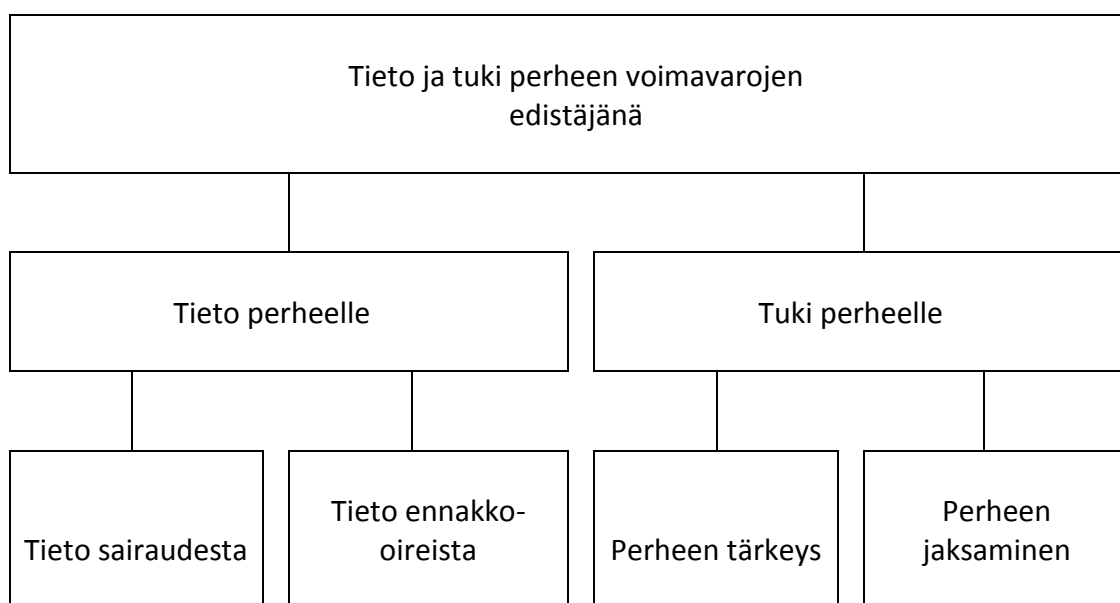
Perheeltä saatu tieto auttoi potilaan tilanteen ymmärtämisessä. Perhetapaamisissa tutustuttiin perheisiin ja opittiin perheen toimintatapoja sekä tiedostettiin perhesuhteita ja niiden merkitystä. Perhetapaamisilla saadun tiedon turvin jatkohoidon tai avohoidon suunnittelu helpottui.

5.2.2 Tieto ja tuki perheen voimavarojen edistäjänä

Hoitajien antama tieto perheelle sisälsi tietoa psykiatrisesta sairaudesta. Oikea ja asiallinen tieto vähensi perheen pelkoja ja ennakkoluuloja sairaudesta, sekä ehkäisi vääriä tulkintoja potilaan käyttäytymisestä. Psykoedukaation eli koulutuksellisen perhetyön avulla perheet ymmärsivät potilaan tilannetta paremmin. Perhetapaamisilla perheitä voitiin opastaa potilaan sairauden ennakko-oireiden tunnistamisessa. Tiedon avulla perhe voi ohjata potilaan ajoissa hoitoon. Myös tukiryhmien yhteystietojen antaminen perheelle koettiin tärkeänä.

*Psykoedukaation avulla voidaan ennaltaehkäistä psykoosioire relapseja, mikäli omaiset tunnistavat ennakko-oireita.
...ennakko-oireiden tunnistaminen ja sitä kautta tarpeeksi ajoissa reagointi ettei vointi romahda.*

Hoitajien antama tuki perheelle koettiin kiinnostuksena omaisten jaksamista kohtaan sekä omaisten tärkeyden korostamisena osana potilaan hoitoa. Hoitajat halusivat tutustua perheisiin ja vähentää näin perheen yhteydenoton vaikeutta pulmatilanteen yllättäessä. Perhetapaamisilla voitiin myös vaikuttaa perheen ja potilaan keskinäisten suhteiden hyvänä säilymiseen, joka puolestaan auttoi potilaan kuntoutumisessa. Tulos havainnollistetaan kuviossa 5.2.

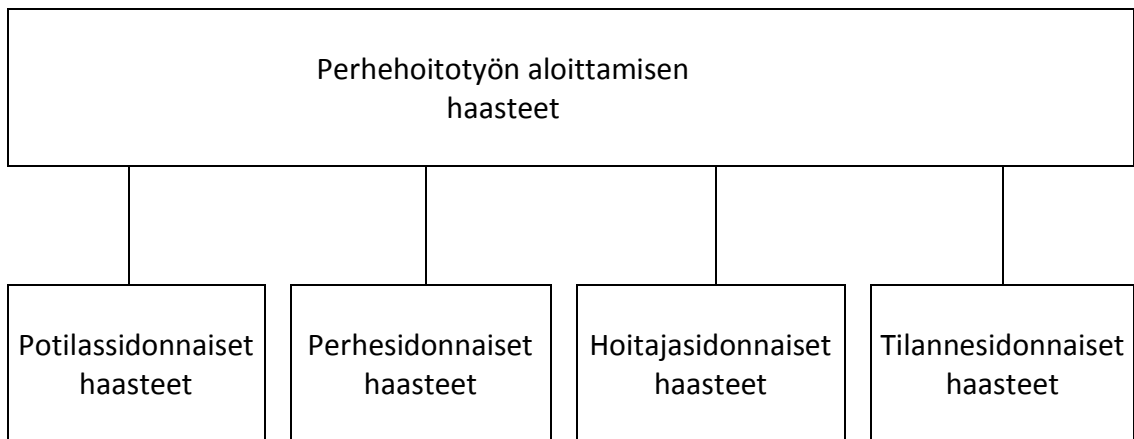


Kuvio 5.2 Tieto ja tuki perheen voimavarojen edistäjänä

Hoitajan perheelle antamalla tiedolla ja tuella on potilaan ja perheen voimavaroja lisäävä vaikutus.

5.3 Perhehoitotyön haasteet

Aloitettaessa perhehoitotyötä uuden perheen kanssa hoitajat kokivat tämän tutkimuksen mukaan haasteita, jotka voidaan luokitella potilassidonnaisiksi -, perhesidonnaisiksi -, hoitajasidonnaisiksi - tai tilannesidonnaisiksi haasteiksi. Tulos havainnollistetaan kuviossa 5.3.



Kuvio 5.3 Perhehoitotyön aloittamisen haasteet

Haasteet vaihtelivat asiakas- ja perhekohtaisesti, jolloin haasteiden ennakoiminen oli vaikeaa.

5.3.1 Potilassidonnaiset haasteet

Potilassidonnaisiksi haasteiksi määriteltiin tässä tutkimuksessa potilaan kielteisyys perhehoitotyötä kohtaan. Potilas oli haluton perhetapaamisiin ja vastusti perheen mukaantuloa. Potilas saattoi kieltää kokonaan yhteydenoton perheeseen, joko suhteiden katkeamisen takia tai muista syistä johtuen.

5.3.2 Perhesidonnaiset haasteet

Perhesidonnaisiksi haasteiksi koettiin perheiden yksilöllisyys, perheen odotukset ja perheen puuttuminen tai kykenemättömyys osallistua perhehoitotyöhön.

Perheiden käyttäytyminen oli ennalta-arvaamatonta. Hoitaja ei etukäteen voinut tietää, miten perhe käyttäytyy tapaamistilanteessa.

Ensimmäiset tapaamiset ovat usein haastavia kun perheen reagoititapoja ym. ei tiedä etukäteen ja vastassa voi olla ”mitä vain”.

Perheiden yksilöllisyyden ja erilaisuuden huomiointi oli haasteellista. Vanhempien keskinäisten suhteiden katkeaminen, esimerkiksi eron yhteydessä, toivat oman lisähaasteensa perhehoitotyön toteuttamiseen.

Jos esimerkiksi vanhemmat eronneet, voidaanko yhdessä tavata.

Yhtenä perhesidonnaisena haasteena koettiin perheiden epärealistiset odotukset. Ne voivat kohdistua joko hoitajaan, hoitoon tai potilaan parantumiseen.

Joskus vaikea päästä samoille linjoille hoidon tavoitteista.

Osalla potilaista ei ollut sellaista perhettä, joka osallistuisi hoitoon. Joskus potilaan perheenjäsenet olivat myös itse sairaita, eivätkä voineet osallistua perhetapaamisiin. Myös suhteiden katkeaminen potilaan ja perheen välillä aiheutti sen, ettei perhe halunnut tulla mukaan perhetapaamisiin. Joillakin potilailla ei ollut omaisia ollenkaan.

5.3.3 Hoitajasidonnaiset haasteet

Hoitajasidonnaisiksi haasteiksi tässä tutkimuksessa tulivat hoitajan yksilöllisyydestä ja ammatillisuudesta johtuvat tekijät. Uuteen perheeseen tutustuminen oli aina haasteellista. Hoitajan yksilöllisyys ja ammatillisuus vaikuttivat siihen, miten hyvin tai nopeasti he tutustuivat uuteen perheeseen. Hoitajien tuli saavuttaa luottamuksellinen ja hyvä vuorovaikutuksellinen suhde ensitapaamisesta alkaen sekä varmistaa kaikkien osapuolien kuulluksi tuleminen.

...luottamuksen ja molempinpuoleisen ymmärryksen synnyttyä asiat yleensä sujuvat.

5.3.4 Tilannesidonnaiset haasteet

Tässä tutkimuksessa tilannesidonnaisiksi haasteiksi nousivat käytännön esteet tai vaikeus uuden tilanteen kohtaamiseen. Käytännön esteitä olivat aikataulun tuomat ongelmat sekä yhteisen tapaamisajan löytäminen.

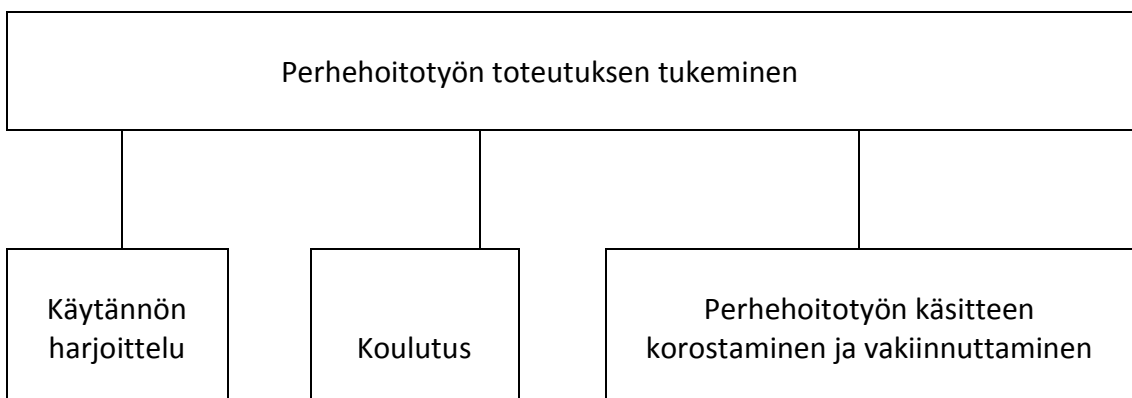
Tärkein uuden tilanteen tuoma haaste oli kuitenkin tilanteen arvaamattomuus. Ensitapaamisella kukaan ei tunne toisiaan ja etukäteissuunnittelu tapaamisen sisällöstä oli vaikeaa.

Ensimmäisiä tapaamisia ei tämän vuoksi voi juurikaan suunnitella etukäteen vaan on vain lähdettävä avoimin mielin kuuntelemaan perhettä.

Hoitoon osallistuvien määrittäminen koettiin myös haasteelliseksi, välillä oli epätietoisuutta siitä, otetaanko tapaamisiin mukaan lapsia tai sisarusia.

5.4 Perhehoitotyön toteutuksen tukeminen

Perhehoitotyön toteuttamiseen kaivattiin tukea käytännön harjoittelulla yhteistyössä kokeneemman hoitajan kanssa, koulutuksella ja perhehoitotyö-käsitteen korostamisena ja vakiinnuttamisena rutiininomaiseksi osaksi hoitoa. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin mitä tukea vastaajat olivat jo saaneet. Tulos havainnollistetaan kuviossa 5.4.



Kuvio 5.4 Perhehoitotyön toteutuksen tukeminen

Perhehoitotyön toteutuksen tukemisessa oman työyhteisön aktiivisuudella ja myönteisyydellä oli suuri merkitys.

5.4.1 Käytännön harjoittelu

Käytännön harjoittelu kokeneemman hoitajan kanssa oli tutkimuksen mukaan tärkein tuki perhehoitotyön oppimisen ja toteuttamisen kannalta. Kokenut hoitaja pystyi antamaan koulutusta toiselle oman työkokemuksensa ja koulutuksensa kautta sekä antamaan tukea aktiiviseen läheisten mukaan ottamiseen hoitotyössä.

Aisapariksi pääseminen koulutuksen saanen hoitajan kanssa.

Tutkimuksessa ilmeni, että yhteistyötä osastolla jo tehtiin. Työtovereilta saatiin tukea ja kannustusta perhehoitotyöhön. Yhteistyöhalukkuus ja yhteistyön toimivuus mahdollisti käytännön parityöskentelyn.

Parityöskentelyä ”ammattilaisen” kanssa.

Tapaamismahdollisuuksia työtoverien kanssa.

Myös osastonhoitajalta saatiin tukea ja kannustusta, joka koettiin tärkeäksi asiaksi perhehoitotyön toteuttamisessa.

Tuki kehittämismyönteiseltä osastonhoitajalta.

Tuki perhemyönteiseltä hoitajalta.

Tapaamismahdollisuuksia esimiesten kanssa.

5.4.2 Koulutus

Perhehoitotyöhön liittyvää koulutusta ja kouluttautumisen mahdollisuuksia tutkimuksen mukaan oli järjestetty. Perhehoitotyöhön liittyvää perus- sekä lisäkoulutusta toivottiin lisää.

5.4.3 Perhehoitotyön käsitteen korostaminen ja vakiinnuttaminen

Perhehoitotyö käsitteen korostamiseen osaksi hoitoa toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota. Perhehoitotyö haluttiin näkyvämmäksi osaksi puheissa, tiimeissä ja kierroilla. Myös sen kiinnostavuutta haluttiin lisätä. Toiveena oli perhehoitotyön vakiinnuttaminen rutiininomaiseksi osaksi hoitoa ja käytäntöä osastolla.

Perhetapaamisen juurruttaminen osaston käytännöksi.

Tutkimuksen mukaan perhehoitotyön myönteisyyttä ja tärkeyttä oli jo korostettu osaston toiminnassa, mutta perhehoitotyön käytännön vakiintumisen toivottiin lisääntyvän.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Perhehoitotyö toteutui pääasiassa sovituissa tapaamisissa mutta myös osastovierailujen yhteydessä sekä puhelimitse. Perhehoitotyötä pidettiin tärkeänä molemminpuolisena tiedonvälittäjänä. Tiedon tärkeys tuli esiin kaikissa vastauksissa. Hoitajat kokivat saaneensa tärkeää tietoa potilaasta ja perheestä. Tieto auttoi hoitajaa hoidon suunnittelussa ja helpotti myöhemmin yhteistyötä perheen kanssa. Hoitaja pystyi auttamaan perhettä tiedon ja tuen antamisella. Perheelle annettiin luotettavaa ja tärkeää tietoa sairaudesta. Tieto auttoi perhettä ymmärtämään paremmin sairasta perheenjäsentään ja sairauteen liittyviä asioita. Hoitajat kokivat perheen huomioon, kuuntelemisen ja mukaanoton hoidon suunnitteluun ja hoitoon tukevan perheen voimia. Hoitajan antamalla tuella oli merkitystä koko perheelle.

Perhehoitotyötä aloitettaessa uuden perheen kanssa perheiden erilaisuuden ja yksilöllisyyden huomiointi oli aina haasteellista. Perheen reaktioita ei voitu etukäteen ennakoida, ja perhetapaamisten etukäteissuunnittelu oli vaikeaa.

Toisaalta luottamuksellisen ja hyvän vuorovaikutuksellisen suhteen tuli rakentua jo heti ensitapaamisesta lähtien, ja sen syntyminen oli haaste hoitajalle. Suhteen kehittymiseen vaikuttivat uuden perheen tuoman haasteen lisäksi myös hoitajien omat kokemukset ja ammattitaito sekä rohkeus kohdata uusi perhe. Hoitajilta vaadittiin herkkyyttä havaita perheen suhtautumista ja kykyä lähestyä perhettä yksilöllisesti. Haasteellista oli sellaisten perheiden kohtaaminen, joilla oli hyvin erilaisia tai epärealistisia hoitajaan, hoitoon tai potilaan parantumiseen liittyviä odotuksia. Oman haasteensa perhehoitotyölle toi perheenjäsenten välisen yhteydenpidon katkeaminen, tai jos potilas kielsi yhteydenpidon muihin perheenjäseniin. Yhteisen ajan löytyminen perhetapaamisen järjestämiseen koettiin käytännön esiin tuomana haasteena. Hoitajan kokemalla ajanpuutteella ja väsymyksellä voi olla myös perhehoitotyötä hankaloittava vaikutus.

Perhehoitotyön tärkeyttä ja siitä saatua hyötyä, kaikesta haasteellisuudesta huolimatta, ei voida väheksyä. Lukuisissa aiemmissa tutkimuksissa on päädytty samanlaisiin lopputuloksiin. Kivimäen (2008, 35 – 36) tutkimuksessa viitattiin perheeseen, myös potilaan toipumista estävänä tekijänä. Perheen tuntemus ja perhesuhteiden selvittäminen auttaa hoitajaa näissäkin tilanteissa hoitoa suunniteltaessa ja perheen ristiriitoja selvittäessä. Haasteet antavat oman mielenkiintonsa perhehoitotyön toteuttamiselle ja niiden haasteiden eteen hoitajat tekevät ratkaisuja henkilökohtaisesti tai moniammatillisen yhteistyön avulla. Perhehoitotyö hyödyttää kaikkia osapuolia. Perhehoitotyön arvostusta pitäisi nostaa ja mieltää se luontevaksi osaksi potilaan hoitoa. Åstedt-Kurki ym.(2008, 8) ovat todenneet perhehoitotyön olevan monipuolista, psyykkisesti rikastuttavaa, mutta samalla myös vaativaa hoitotyötä.

Hoitajat kokivat käytännön harjoittelun sekä koulutuksen lisäämisen antavan parhaiten tukea perhehoitotyön aloitukseen. Harjoittelulla tarkoitettiin yhteistyötä kokeneemman hoitajan kanssa. Työtovereiden ja esimiehen tuki ja kannustus, sekä osastolla jo vallitseva perhehoitotyön myönteisyys koettiin merkityksellisenä. Tärkeänä asiana tutkimuksesta ilmeni perhehoitotyön käsitteen korostaminen kaikissa toiminnoissa ja perhehoitotyön huomiointi yhdeksi tärkeäksi osaksi potilaan hoitoa.

Perhehoitotyö mielletään tärkeänä, mutta sen haasteellisuuden takia myös vaikeana toteuttaa. Perhehoitotyön koulutukseen tulisi panostaa jo alan opintojen alkuvaiheista alkaen. Hoitohenkilökunnan koulutuksella voitaisiin lisätä hoitajien motivaatiota ja ideoita itsensä ja perhehoitotyön kehittämiseen. Käytännön perhehoitotyöhön saadaan taitoja työskentelemällä ammattitaitoisen ja kokeneemman hoitajan kanssa. Parityöskentelyn yhteydessä voitaisiin tehdä enemmän itsearviointia sekä kehittää omaa työskentelyä ja toimintaa ammatilliselta saadun rakentavan palautteen turvin. Työnohjauksen merkitystä tulisi korostaa. Järvisen ym. (2007) mukaan ammatillista kasvua edistävät oman toiminnan ja oman oppimisen itsearviointi.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat oma mielenkiinto ja aiheen tärkeys. Perhehoitotyön tärkeys korostuu mielenterveysongelmien lisääntymisen myötä. Mielenterveydestä johtuvat sairaudet aiheuttavat eniten ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä. Tulevaisuudessa psykiatristen laitospaikkojen määrää vähennetään, ja potilaita siirretään yhä enemmän avohoitoon, jolloin perheen tai muun läheisen tärkeys korostuu ja perhehoitotyön merkitys kasvaa. Lisäksi perhehoitotyön hyötyjä on alettu ymmärtämään myös muilla terveydenhuollon aloilla.

Näillä tutkimustuloksilla saatiin vastauksia tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin. Toivomme näiden tulosten hyödyntävän tutkimuksessa mukana olevan osaston perhehoitotyön kehittämistä ja annamme opinnäytetyön heidän käytettäväkseen. Tämän opinnäytetyön tuloksia voitaneen hyödyntää myös muilla vastaavilla osastoilla.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen liittyy aineiston keruu, tiedonantajat, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi ja tulosten raportointi. Aineiston analysoinnissa haasteena on, miten aineisto analysoitiin, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin päästiin. Raportoinnissa on huomioitava, miten tutkimusaineisto on koottu ja analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 140 - 141.)

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti suurelta osalta aiheen tärkeys. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia perhehoitotyöstä, ja siksi tutkimusotteeksi valittiin laadullinen tutkimus. Tutkimustehtävät pyrittiin rajaamaan tarkasti ja ymmärrettävästi.

Taustatietojen lähteinä pyrimme käyttämään mahdollisimman uusia ja luotettavia kotimaisia lähteitä, mutta päädyimme myös joihinkin hieman vanhempiin teoksiin. Perhehoitotyön tärkeyteen on alettu kiinnittämään huomiota, ja aihetta käsitteleviä uusia tutkimuksia on jo jonkin verran saatavilla.

Aineiston hankintamenetelmäksi valittiin kysely avoimin kysymyksin. Kysymykset pyrittiin laatimaan niin, että niillä saataisiin mahdollisimman tarkasti vastauksia tutkimustehtävien mukaisiin kysymyksiin. Kysymysten sopivuus, eli validiteetti arvioitiin esitestaamalla kysymykset kahden eri psykiatrisen osaston viidellä hoitajalla. Esitestauksella halusimme lisätä tutkimuksen luotettavuutta.

Informanteiksi eli tiedonantajiksi valittiin psykiatrisen osaston perhehoitotyötä tekevät hoitajat, koska heillä oli parhaiten tietoa ja kokemusta omasta työstään. Avoimiin kysymyksiin vastattiin nimettömänä, jolloin kysymyksiin voitiin vastata rehellisesti, omien kokemusten mukaisesti. Vastausaikaa halusimme varata riittävästi, jotta kaikilla olisi mahdollisuus vastaamiseen ja saisimme mahdollisimman laajan aineiston. Saatteesta kävi ilmi vastaamisen vapaaehtoisuus sekä tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Saatteessa oli tutkimuksen tekijöiden nimet sekä yhteystiedot luottamuksellisuuden ja rehellisyyden vakuuttamiseksi. Vastauksia tuli kahdeksalta hoitajalta, eli puolet kyseisen osaston perhehoitotyötä tekevien hoitajien määrästä vastasi kyselyyn. Olimme yllättyneitä vastausten vähäisestä lukumäärästä ja mietimme, oliko saatteessa tai kysymyksissä ollut jotain vastaamista estäviä seikkoja. Vastausta tähän emme löytäneet. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt suurempi vastaajien määrä. Suuremmalta vastaajajoukolta olisi voinut saada vielä jotain uutta tietoa. Pohdimme myös sitä, olisiko jollakin muulla aineiston hankintamenetelmällä tai eri aineiston hankinta-ajankohdalla saatu suurempi aineisto.

Joidenkin yksittäisten vastausten niukkuuden takia analysoinnin vaikeutena ja vaarana oli, että vastaukset tulkittiin puutteellisesti. Analysoinnissa käytimme mahdollisimman tarkasti alkuperäisiä ilmauksia, jolloin mahdollinen tulkintavirhe olisi jäänyt vähäiseksi. Avoimet kysymykset ja haastattelu yhdessä olisivat mahdollistaneet lisäkysymysten esittämisen niukkojen vastausten selventämiseksi. Kysely ja haastattelu yhdessä aineiston hankintamenetelmänä olisivat lisänneet tutkimuksen luotettavuutta. Analysointi ja tulosten raportointi pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti ja luotettavasti. Luotettavuuden lisäämiseksi liitimme esimerkin aineiston abstrahoinnista opinnäytetyön liitteeksi (Liite 3).

6.3 Ajatuksia opinnäytetyöprosessin vaiheista

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millä eri tavoin perheitä tavataan, hoitajien omia kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä ja haasteista sekä tuen tarpeesta perhehoitotyön aloittamiseen uuden potilaan kanssa. Työmme aihe tuli työelämästä psykiatrisen osastoharjoittelun jaksolla. Aihe tuntui heti mielenkiintoiselta ja tärkeältä. Mietimme aihetta ja huomasimme tietomme perhehoitotyöstä liian vähäiseksi. Halusimme syventää aiemmin saatua tietoa ja lopullinen päätös aiheen valintaan vahvistui keväällä 2009, jolloin työn suunnitelma käynnistyi. Saman vuoden syksynä tutkimussuunnitelma hyväksyttiin, jonka jälkeen varsinainen opinnäytetyöprosessi alkoi. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön työstämiseen aikaa kului puolitoista vuotta.

Aineiston hankintamenetelmäksi valitsimme kyselyn avoimin kysymyksin. Tähän valintaan päädyimme sen edullisuuden, nopeuden, helpon toteuttamisen ja ajansäästön vuoksi. Analysointivaiheessa kuitenkin huomasimme, että olisi ollut kannattavampaa valita kyselyn rinnalle haastattelu tai valita menetelmäksi pelkästään haastattelu. Näin olisimme todennäköisesti päässeet syvemmälle käsittelemäämme aiheeseen, kun kysymyksiä ja vastauksia olisi voinut tarkentaa. Analysointivaihe tuntui aluksi vaikealta, mutta asiaa pohtiessa ja uuden työskentelytavan löytymisen jälkeen analysointi helpottui. Myös raportointivaihe koettiin työläämmäksi ja aikaa vievämmäksi, kuin mitä olimme osanneet etukäteen arvioida.

Opinnäytetyöprosessi tuntui välillä ylivoimaiselta toteuttaa, lähinnä ajankäytön suhteen. Kokemattomuus tutkimusten tekemisestä toi turhiakin työtunteja. Prosessin edetessä ja kantapään kautta opetellessa eri vaiheita, se oli kuitenkin kokemuksena palkitsevaa ja opettavaista molemmille. Tehtyjä virheitä ei voi enää muuttaa, mutta olemme oppineet niistä ja seuraavassa tutkimuksessa osaisimme ottaa ne huomioon. Olemme saaneet erittäin paljon hyödyllistä ja tärkeää tietoa perhehoitotyöstä. Saatua tietoa pystymme hyödyntämään tulevaisuudessa sairaanhoitajina suuntautuessamme mihin suuntaan tahansa hoitoalalla.

6.4 Jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä, haasteista uuden potilaan ja perheen kanssa perhehoitotyötä aloittaessaan sekä tuesta, jota työyhteisöltä odotettiin. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimus perhehoitotyön hyödyistä, haasteista ja odotuksista perheiden kokemana. Perheen kokemukset perhehoitotyöhön kohdistuvista odotuksista antaisivat tärkeää tietoa siitä, miten perhehoitotyötä voitaisiin kehittää.

KUVIOT

Kuvio 5.1 Hoitajan saama tieto potilaan voimavarojen edistäjänä, s. 27

Kuvio 5.2 Tieto ja tuki perheen voimavarojen edistäjänä, s. 29

Kuvio 5.3 Perhehoitotyön aloittamisen haasteet, s. 29

Kuvio 5.4 Perhehoitotyön toteutuksen tukeminen, s. 32

LÄHTEET

- Brophy, G.H., Carey, E.T., Noll, J., Rasmussen, L., Searcy, B. & Stark, N.L. 1994. Psykodynaaminen hoitotyö. Teoksessa Marriner-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy, 315 – 329.
- Donalek, J.G. 2009. The family research interview. Journal of psychosocial nursing 47 (6), 37- 43.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- FINLEX – Valtion säädöstietopankki.2010. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (Luettu 01.04.2010)
- FINLEX – Valtion säädöstietopankki.2010. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116> (Luettu 01.04.2010)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2.uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Järvinen, R., Lankinen, A., Taajamo, T., Veistilä, M. & Virolainen, A. 2007.Perheen parhaaksi-perhetyön arkea. 1.painos. Helsinki: EDITA.
- Kallio, M. 2007. Tilaa hulluudelle. Pitkänien keskusmielisairaalan arkkitehtoninen muotoutuminen 1800-luvun lopulta 1910-luvulle. Tampereen yliopisto. Historiatieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J.T. & Nissinen, A. 2007. Kansanterveystiede. 2.-3.painos. Helsinki: WSOY.
- Kilkku, M. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampere:Tampere University Press

Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuutti-psykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kuipers, L. Leff, J. & Lam, D. 1998. Koulutuksellinen perhetyö. Loponen, M. (suom.) Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry, 3, 7, 26.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3 – 12.

Lindberg, T. 2007. Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. 1.–2.painos. Helsinki: WSOY.

Lemola, L. 2008. Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen–Julkunen, K (toim.) Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY, 14 – 24, 108 – 109.

Pitkänen, A., Åstedt-Kurki, P., Laijärvi, H. & Pukuri, T. 2002. Psykiatrinen perhehoitotyö hoitajien kuvaamana. Hoitotiede 5, 223 - 232.

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalaissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro -gradu.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

THL 2005-2009. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d81c62ce556f7f43649a2b94de724716ce&indCount=2&yearCount=2> (luettu 9.4.2010)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Webster, D.A. 2009. Addressing Nursing Students -Stigmatizing Beliefs. Journal of Psychosocial Nursing 47(10), 34-42.

Åstedt - Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1. painos. Helsinki: WSOY.



Pyydämme Teitä vastaamaan alla oleviin avoimiin kysymyksiin.

1. Millä eri tavoin työskentelette oman potilaanne perheen kanssa?

2. Millaista hyötyä koette perhetapaamisilla olevan potilaan hoidossa?

3. Mitkä asiat koette haastaviksi aloittaessanne perhetapaamisia uuden potilaan kanssa?

4. Millaista tukea olette saanut työyhteisöltä perhetapaamisten aloittamiseen?

5. Millaista työyhteisön tukea tai koulutusta toivotte saavanne perhetapaamisten kehittämiseen?

6. Muita ajatuksia...

KIITOS !



07.01.2010

Sosiaali- ja terveysala

SAATE

Arvoisa perhehoitotyötä toteuttava hoitaja

Olemme Saimaan AMK:n hoitotyön opiskelijoita ja perehdymme opinnäytetyössämme perhehoitotyön aloittamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää perhehoitotyön aloittamisessa kokemianne haasteita ja kokemuksia perhehoitotyön hyödyistä, sekä millaista tukea olette saaneet työyhteisöltänne perhehoitotyötä aloitettaessa. Kysely suoritetaan tammikuun aikana.

Vastauksillanne on erityisen suuri merkitys. Tulosten tavoitteena on hyödyttää osastonne perhehoitotyön toimintamallin kehittämistä ja toteuttamista. Valmis opinnäytetyö toimitetaan osastolle sen valmistuttua.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan avoimiin kysymyksiin. Vastaamiseen kuluu 15 - 20 minuuttia. Vastaukset pyydetään palauttamaan nimettöminä osastolle tuotuun laatikkoon suljetussa kirjekuoressa viimeistään 29.01.2010 mennessä.

Vastaamiseen on vapaaehtoista. Vastauksenne tullaan käsittelemään luottamuksellisina. Saadut kyselylomakkeet säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti. Tutkimuslupa on haettu ja saatu xx xx koordinaattori xx xx. Yhteistyösopimus on tehty Saimaan AMK:n ja osastonne kanssa.

Halutessanne annamme lisätietoa tutkimuksesta.

KIITOS VASTAAMISESTA!

Tarja Kyrkkö
puh. 040 7577264
email: tarja_marita@hotmail.com

Marja Purtilo
puh. 050 5421117
email: marja.purtilo@hotmail.com

Esimerkki aineiston abstrahoinnista (kysymys 3.)

